



Projet de pratique efficace en santé publique

Sommaire

Octobre 2006

Le présent sommaire est un condensé du travail effectué par les auteurs d'un examen systématique, et il a pour but de donner un aperçu des conclusions et des répercussions de l'examen complet, dont la référence bibliographique est indiquée ci-dessous. Pour de plus amples renseignements sur chacune des études mentionnées dans ledit examen, veuillez consulter ce dernier.

Référence bibliographique pour l'examen : McClure, R., Turner, C., Peel, N., Spinks, A., Eakin, E., Hughes, K. (2005). **Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people**, *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, numéro 1, art. n° : CD004441, DOI : 10.1002/14651858.CD004441.pub2

Question

Les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires comprennent des objectifs visant à réduire de 20 % d'ici à l'an 2010 le taux de blessures reliées aux chutes qui, chez les aînés (65 ans ou plus), mènent à l'hospitalisation ou à la mort (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 1997).

En 2003-2004, 24 057 aînés ontariens ont été hospitalisés en raison de chutes; 1 859 de ces patients sont morts à l'hôpital (Institut canadien d'information sur la santé, 2006). En 1996, le traitement des chutes chez les aînés de la province a entraîné des coûts directs de plus de 390 millions de dollars (SmartRisk, 1999). Une grande partie de ces coûts avait trait aux fractures de la hanche, qui représentaient 40 % des hospitalisations découlant de chutes. En plus des blessures menant à l'hospitalisation, un grand nombre de blessures entraîne des visites au service d'urgence, est traité à l'extérieur de l'hôpital ou limite l'activité des aînés à court terme (Sahai et coll., 2005). En plus de causer des douleurs, de la souffrance et des handicaps, les chutes sont associées à une probabilité accrue d'entrée en établissement de soins (Wilkins, 1999) et de restriction de l'activité, en raison de la crainte de tomber à nouveau (Fletcher et coll., 2004).

Un examen systématique réalisé pour les ministres responsables des aînés au Canada a permis de conclure qu'il existait des preuves à l'appui du recours à certaines formes d'exercice et de modification de domicile comme stratégies efficaces pour réduire les chutes chez les aînés. L'éducation dans le cadre de programmes de réduction des risques à volets multiples, l'évaluation clinique effectuée par du personnel infirmier ou des médecins et le retrait des médicaments psychotropes pourraient aussi s'avérer utiles, mais il faut recueillir davantage de données probantes (Scott et coll., 2001). Le présent document révèle aussi la nécessité d'effectuer des recherches afin de s'attacher à la prestation de programmes de prévention des chutes et de trouver des données concernant l'impact de ces programmes sur les taux de blessures reliées aux chutes. Dans leur examen, résumé ci-après, McClure et coll. se sont

penchés sur ces questions, dans une certaine mesure, en évaluant l'efficacité réelle des interventions représentatives et en étudiant leur impact sur les blessures reliées aux chutes plutôt que sur les chutes en général.

Sommaire du contenu de l'examen

Le présent examen systématique portait sur les éléments de preuve concernant l'efficacité réelle d'initiatives coordonnées, appliquées à l'échelle communautaire et fondées sur de multiples stratégies, destinées à réduire les blessures reliées aux chutes qui, chez les personnes de 65 ans ou plus, exigent un traitement médical. Des données probantes ont pu être tirées de cinq études de cohorte comparatives menées en Scandinavie (4 études) et en Australie (1 étude). Les cinq études ont permis de constater une baisse du nombre de blessures reliées aux chutes dans les collectivités visées par des interventions, mais l'ampleur de ces avantages par rapport aux taux mesurés dans les groupes témoins n'est pas claire. Bien que les données disponibles soient encourageantes, il faut effectuer des essais multicentriques sur échantillon aléatoire afin d'établir l'efficacité réelle.

Remarques sur la méthode employée pour le présent examen

En plus de communiquer avec des experts, les examinateurs ont interrogé des bases de données sur la santé et les questions psychosociales, ils ont consulté des revues clés, et ils ont dépouillé des listes de références bibliographiques et des registres d'essais afin de trouver des essais communautaires prospectifs avec groupes témoins contemporains. Les critères de sélection des études aux fins de l'examen étaient bien décrits. Seules ont été incluses les études avec groupes témoins bien assortis où l'unité d'analyse était la collectivité entière. La qualité des études a été évaluée indépendamment par deux examinateurs suivant quatre critères tirés d'une liste de contrôle publiée : mesures de base, caractéristiques de l'emplacement témoin, protection contre la contamination entre les emplacements et fiabilité des mesures de résultats. Étant donné les écarts importants entre les études, les données n'ont pas été regroupées. Les mesures de résultats variaient d'une étude à l'autre et comprenaient les hospitalisations, les fractures reliées aux chutes, toutes les fractures et toutes les blessures. Les comptes rendus d'étude incluaient peu d'information détaillée sur les activités précises qui avaient été entreprises dans les collectivités visées par les interventions.

Aucune des études ne reposait sur une répartition aléatoire entre les groupes visés par des interventions et les groupes témoins. Toutes portaient sur une seule collectivité ou zone; seulement deux décrivaient la collectivité témoin comme étant assortie à la collectivité visée par des interventions sur le plan des variables sociodémographiques; une étude n'a pu fournir de mesures de base; et les données étaient insuffisantes pour déterminer s'il y avait assez de protection contre la contamination ou si l'évaluation des résultats pour plusieurs études était fiable.

Preuves et répercussions sur la pratique et les politiques

Les preuves NE SONT PAS pondérées ou classées selon leur force.

Quelles sont les preuves?	Répercussions sur la pratique et les politiques :
<ul style="list-style-type: none"> > Une étude a révélé une baisse de 20 % des hospitalisations reliées aux chutes (par rapport à une collectivité témoin) après une intervention de quatre ans qui reposait sur la sensibilisation de la population, l'élaboration de politiques et l'engagement des professionnels de la santé à cibler les connaissances, les attitudes, les comportements, l'usage de médicaments, les chaussures, la réduction des risques à domicile et les autres facteurs de risque (risque relatif : 0,80; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,76 à 0,64). > Une autre étude n'a pas permis de trouver un effet significatif sur les blessures reliées aux chutes un an après la mise en œuvre d'un ensemble d'initiatives de sécurité qui reposaient sur les médias de masse, la sensibilisation, les visites à domicile, les programmes communautaires de marche et les améliorations à l'éclairage, aux routes et aux allées (rapport de cotes : 0,89; IC à 95 % : 0,77 à 1,03). 	<ul style="list-style-type: none"> > Les programmes représentatifs sont prometteurs pour ce qui est de prévenir les blessures reliées aux chutes chez les aînés. > Lorsqu'il s'agit de concevoir des programmes, les praticiens et les responsables de l'élaboration des politiques devraient songer aux interventions à long terme (de plus de 12 mois). > Il y aurait lieu d'effectuer des essais sur échantillon aléatoire afin de fournir des preuves de grande qualité.
<ul style="list-style-type: none"> > Dans trois autres études, les taux de fractures reliées aux chutes avaient diminué de 6 % pour passer à 15 % dans les collectivités visées par des interventions, mais les écarts entre les groupes en question et les groupes témoins n'étaient pas statistiquement importants ou signalés. 	<ul style="list-style-type: none"> > Il faudrait obtenir des enquêteurs les données des cinq études concernant les taux de fractures et les regrouper afin d'estimer l'effet global des programmes représentatifs sur lesdits taux.
<ul style="list-style-type: none"> > Trois études reposaient sur le modèle de communauté sûre de l'OMS, qui ne précise aucun élément de programme. Aucune de ces études n'a permis de découvrir des avantages significatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> > Les enquêteurs, les praticiens et les responsables de l'élaboration des politiques devraient se concentrer sur les interventions qui sont bien décrites et qui ont montré certains avantages dans les études.

Quelles sont les preuves?	Répercussions sur la pratique et les politiques :
Répercussions générales : les preuves sont encourageantes, mais incomplètes. Il faudrait mettre en œuvre des programmes représentatifs à long terme et bien définis pour prévenir les blessures reliées aux chutes chez les aînés, dans le cadre d'essais sur échantillon aléatoire et contrôlé bien conçus.	

Renseignements sur le rapport coût-avantage ou coût-efficacité : non inclus dans l'examen.

Documents connexes du Projet de pratique efficace en santé publique (PPESP) :

Le PPESP a produit des sommaires de trois examens connexes.

Hill-Westmoreland et coll. (2002) ont publié un examen systématique d'essais sur échantillon aléatoire ou quasi aléatoire concernant des programmes de prévention des chutes chez les aînés. Une méta-analyse de données tirées de 12 essais a permis de déceler une faible (4 %), mais statistiquement importante, baisse du nombre de chutes dans l'ensemble et dans un sous-groupe d'études communautaires. Les interventions comprenaient de l'exercice (seul ou avec modification des risques), une évaluation globale des risques et une sensibilisation de la population.

L'examen systématique avec méta-analyse de Gillespie et coll. (2003) comprenait 47 essais sur échantillon aléatoire qui faisaient intervenir des aînés vivant dans la communauté. Les interventions personnalisées d'exercice ou de thérapie physique, l'évaluation et la modification des risques à l'intérieur du domicile et les programmes multifactoriels d'intervention et de dépistage des facteurs de risque ont tous été jugés efficaces pour ce qui est de prévenir les chutes.

Dans le cadre d'un examen sur la modification du milieu domiciliaire pour réduire les blessures dans divers groupes d'âge, Lyons et coll. (2003) ont énuméré trois EEAC qui ont permis de déceler des baisses statistiquement importantes du nombre de chutes chez les aînés déjà connus pour leurs chutes ou risquant fort de tomber.

Références bibliographiques utilisées pour donner un aperçu de la question :

Institut canadien d'information sur la santé (2006). Registre national des traumatismes (RNT) Rapport des faits saillants sur les hospitalisations à la suite de blessures, 2005, récupéré le 12 oct. 2006 à l'adresse

http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/OTR_MDS_Highlights_e.pdf

Fletcher, P.C., Hirdes, J.P. (2004). Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services, *Age and Ageing*, 33, 273-279

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (1997). Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires, récupéré le 20 avril 2006 à l'adresse :

<http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/pubhealth/manprog/mhp.pdf>

- Sahai, V.S., Ward, M.S., Zmijowskyj, T., Rowe, B.H. (2005). Quantifying the iceberg effect for injury: using comprehensive community health data, *Revue canadienne de santé publique*, 96, 328-332
- Scott, V.J., Dukeshire, S., Gallagher, E.M., Scanlan, A. (2001). Guide des meilleures pratiques pour la prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, récupéré le 20 avril 2006 à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/best_practices/pdf/BestPractice_Falls_e.pdf.
- SmartRisk (1999). The Economic Burden of Unintentional Injury in Ontario, récupéré le 20 avril 2006 à l'adresse : <http://www.smartrisk.ca/ListingContributions.aspx?sd=70&dd=2>
- Wilkins, K. (1999). Health care consequences of falls for seniors, *Health Reports*, 10, 47-55

Autres références bibliographiques

- Gillespie, L.D., Gillespie, W.J., Robertson, M.C., Lamb, S.E., Cumming, R.G., Rowe, B.H. (2003). Interventions for preventing falls in elderly people, *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003* (4), art. n° : CD000340, DOI : 10.1002/14651858.CD000340
- Hill-Westmoreland, E.E., Soeken, K. et Spellbring, A.M. (2002). A meta-analysis of fall prevention programs for the elderly: How effective are they? *Nursing Research*, 51, (1), 1-8
- Lyons, R.A., Sander, L.V., Weightman, A.L., Patterson, J., Jones, S.A. Lannon, S. et coll. (2003). Modification of the home environment for the reduction of injuries, *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003* (4), art. n° : CD003600, DOI :10.1002/14651858.CD003600

Auteurs du sommaire : Mary Johnston, B.Sc., adjointe à la recherche, McMaster University, Hamilton (Ontario)

Coordonnées du Projet de pratique efficace en santé publique (PPESP) :

Hamilton Public Health Services
Epidemiology and Evaluation
Projet de pratique efficace en santé publique
2, rue King Ouest, 3^e étage
Dundas (Ontario) L9H 6Z1

Téléphone : 905-546-2424, poste 1578
Télécopieur : 905-628-6465
Courriel : ephpp@hamilton.ca
Site Web : <http://www.hamilton.ca/ephpp>

Le format du présent sommaire a été adapté d'après health-evidence.ca (www.health-evidence.ca).